

**PELAKSANAAN IDENTIFIKASI PASIEN
BERDASARKAN STANDAR AKREDITASI *JCI*
GUNA MENINGKATKAN PROGRM *PATIENT SAFETY*
DI RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II**

Sri Lestari, Qurratul Aini

Prodi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

ABSTRAK

Penelitian ini mengungkap identifikasi pasien yang merupakan salah satu bagian penting dari keselamatan pasien. Akreditasi RS beralih dan berorientasi pada paradigma baru dimana penilaian akreditasi didasarkan pada pelayanan berfokus pada pasien. Keselamatan pasien menjadi indikator standar utama penilaian akreditasi baru yang dikenal dengan Akreditasi RS versi 2012.¹

Rancangan penelitian menggunakan eksperimen dengan one group pretest posttest design dengan pretest, intervensi, dan posttest. Metode penentuan sampel secara accidental, meliputi pasien rawat inap, perawat, bidan dan penunjang medis, melalui kuesioner, wawancara, pengamatan dan FGD. Hasil dianalisis secara statistik deskriptif dan deskriptif kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa identifikasi pasien belum dilakukan dengan baik, sesuai hasil kuesioner dan pengamatan masih ditemukan pasien rawat inap yang belum menggunakan gelang identitas, 100% petugas belum memberikan edukasi tentang manfaat penggunaan gelang identitas pasien, dan 85% petugas belum melaksanakan identifikasi secara benar. Pelaksanaan identifikasi berdasar nama dan nomor kamar pasien. Walaupun sosialisasi, ronde patient safety, pemasangan poster identifikasi pasien telah dilakukan dan semua dokumen tentang identifikasi pasien telah lengkap.

Kesimpulanya pelaksanaan identifikasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum berjalan sesuai standar. Saran yang disampaikan peneliti diantaranya ialah untuk memperbesar dukungan pihak manajemen terutama dalam pemenuhan SDM, perubahan kebiasaan yang mendukung program patient safety oleh petugas.

Key words: identifikasi pasien, patient safety, *JCI*

PENDAHULUAN

Pelayanan rumah sakit yang bermutu sesuai standar profesi dan standar pelayanan merupakan harapan semua masyarakat pengguna rumah sakit. Untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya diantaranya melalui akreditasi rumah sakit. Sebagaimana yang diungkap dr. Chairul saat acara Workshop Bimbingan Teknis Akreditasi Rumah Sakit dengan Standar Internasional, “Sejak tahun 2012, akreditasi RS mulai beralih

dan berorientasi pada paradigma baru dimana penilaian akreditasi didasarkan pada pelayanan berfokus pada pasien. Keselamatan pasien menjadi indikator standar utama penilaian akreditasi baru yang dikenal dengan Akreditasi RS versi 2012 ini. Dalam standar Akreditasi RS versi 2012 mencakup standar pelayanan berfokus pada pasien, standar manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien di rumah sakit dan standar program MDGs".¹

Keselamatan pasien identik dengan kualitas pelayanan, di mana semakin baik kualitas layanan maka keselamatan pasien juga akan semakin baik. Menkes menegaskan, tujuan utama pengembangan program *patient safety* di rumah sakit dan fasyankes lainnya adalah, menciptakan budaya *patient safety*; memperbaiki akuntabilitas rumah sakit; menurunkan angka HAIs dan melakukan pencegahan agar kejadian yang tidak diinginkan tidak terulang kembali.²

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensi Cedera.³ Nyatanya, setiap tahunnya para dokter bedah melakukan berbagai kesalahan tersebut sampai 4000 kali. Itu hanya data yang berhasil dikumpulkan dalam studi yang dilakukan oleh tim dari Johns Hopkins University School of Medicine dan dimuat dalam jurnal Surgery.⁴

Konsep identifikasi pasien telah dijelaskan oleh para ahli. Mengidentifikasi dengan benar pasien tertentu sebagai orang yang akan diberi pelayanan atau pengobatan tertentu dengan mencocokkan layanan atau perawatan dengan pasien tersebut.⁵ Proses identifikasi ini setidaknya memerlukan dua cara untuk mengidentifikasi pasien, seperti nama, nomor identifikasi, tanggal lahir, gelang berkode batang atau yang lain. Dalam hal ini nomor kamar pasien atau lokasi tidak digunakan. Identifikasi ini digunakan dua identitas di lokasi yang berbeda dalam rumah sakit, seperti rawat inap, rawat jalan dan IGD atau kamar operasi.

Pelaksanaan program *patient safety* di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II belum maksimal, berdasarkan wawancara awal pada bulan Mei 2014 dengan bagian Litbang pernah ditemukan kejadian hampir salah pasien pada

tranfusi darah. Dan menurut sekretaris keselamatan pasien bahwa pelaporan insiden keselamatan pasien baru dimulai pada bulan April 2013. Insiden yang telah dilaporkan sejak April – Desember 2013 terdapat 12 insiden KNC dan KTD. Dari uraian tersebut menunjukkan adanya indikasi bahwa pelaksanaan *patient safety* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II khususnya identifikasi belum berjalan dengan baik. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melihat lebih dalam pelaksanaan identifikasi pasien yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

Berdasarkan latar belakang tersebut kini dapat dirumuskan masalahnya sebagai berikut: 1) Bagaimanakah pelaksanaan identifikasi pasien sebelum diberikan sosialisasi tentang kebijakan *patient safety*, Ronde *patient safety* dan pemasangan poster identifikasi pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II ?, 2) Bagaimana perbedaan pelaksanaan identifikasi pasien sebelum dan sesudah diberikan sosialisasi tentang kebijakan *patient safety*, Ronde *patient safety* dan pemasangan poster identifikasi pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II ?, 3) Bagaimanakah pelaksanaan identifikasi pasien setelah diberikan sosialisasi tentang kebijakan *patient safety*, Ronde *patient safety* dan pemasangan poster identifikasi pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II ?

Hipotesis dalam penelitian ini adalah: “Ada perbedaan pelaksanaan identifikasi Pasien sebelum dan sesudah diberikan Sosialisasi tentang kebijakan *patient safety*, ronde *patient safety* dan pemasangan poster identifikasi pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II”.

Mengidentifikasi dengan benar pasien tertentu sebagai orang yang akan diberi pelayanan atau pengobatan tertentu dengan mencocokkan layanan atau perawatan dengan pasien tersebut .⁵ Proses identifikasi ini setidaknya memerlukan dua cara untuk mengidentifikasi pasien , seperti nama, nomor identifikasi, tanggal lahir, gelang berkode batang atau yang lain. Elemen dalam identifikasi pasien meliputi :

- a. Pasien diidentifikasi dengan menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah.
- c. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk uji klinis.

- d. Pasien dilakukan identifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
- e. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

BAHAN DAN CARA

Menilik tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan pelaksanaan identifikasi pasien sebelum dan sesudah dilakukan intervensi, selain itu juga mengeksplor hal-hal yang berkenaan dengan pelaksanaan identifikasi pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Sehingga rancangan penelitian ini adalah *mixed methodes* yaitu metode penelitian yang menggabungkan metode kuantitatif dan metode kualitatif (Sugiyono, 2013).

Subyek penelitian di sini meliputi para pasien, perawat, bidan, dan tenaga penunjang medis yang terlibat dalam pelaksanaan program *patient safety*. Sedangkan obyek yang dikaji dalam penelitian ini adalah pelaksanaan identifikasi pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dan dokumen-dokumen yang mendukung untuk menyelesaikan pelaksanaan program itu. Metode pengambilan sampel menggunakan *incidental*. Ruang yang digunakan dalam penelitian ini adalah Instalasi Gawat Darurat dan Rawat Inap. Untuk penentuan rawat inap, peneliti menggunakan ruang Firdaus dan Na'im dengan alasan kedua ruangan tersebut telah operasional kurang lebih lima tahun

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah: Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dalam Rangka Meningkatkan Program *Patient Safety*, sedangkan Variabel independennya adalah Sosialisasi Kebijakan tentang *patient safety*. Definisi Operasional dari identifikasi pasien meliputi: 1) Pasien diidentifikasi dengan menggunakan nama dan tanggal lahir/umur; 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah; 3) Pasien diidentifikasi sebelum diambil darah dan specimen lainnya; 4) Pasien diidentifikasi sebelum dilakukan tindakan/prosedur; 5) Ada kebijakan dan prosedur identifikasi pasien. Definisi operasional dari Sosialisasi kebijakan *Patient Safety* meliputi mengadakan pertemuan khusus untuk memberikan sosialisasi tentang *patient safety*, melakukan Ronde

patient safety dan pemasangan poster identifikasi pasien di ruang rawat inap, IGD dan rawat jalan

Instrumen Penelitian ini meliputi: 1) untuk penelitian kuantitatif menggunakan kuesioner, 2) untuk penelitian kualitatif menggunakan pengamatan, wawancara (wawancara dilakukan kepada manager yang terlibat dalam pelaksanaan identifikasi pasien), dokumentasi (dokumentasi dicari dari arsip yang ada di lembaga itu yang berkaitan dengan kebijakan, pedoman, prosedur identifikasi pasien) dan FGD. Adapun format kuesioner maupun pengamatan pelaksanaan program *patient safety* disusun dengan menggunakan Skala Guttman (pengukuran dengan tipe ini didapatkan jawaban yang tegas yaitu “Ya-Tidak”).⁷

Jalannya Penelitian Penelitian ini dilakukan mulai bulan Oktober 2014 sampai Februari 2015. Adapun langkah-langkah yang peneliti lakukan sebagai berikut : 1) Penilaian kondisi awal penelitian (*pretest*) meliputi menyebarkan kuesioner kepada 60 pasien rawat inap, observasi petugas dalam melakukan identifikasi pasien dan observasi dokumen serta sarana pendukung, 2) intervensi, meliputi sosialisasi Kebijakan *Patient Safety*, *ronde patient safety* dan *pemasangan poster identifikasi pasien* dan 3) penilaian pasca intervensi menyebarkan kuesioner kepada 60 pasien rawat inap, observasi petugas dalam melakukan identifikasi pasien dan observasi dokumen serta sarana pendukung, 4) wawancara dengan manajer.

Analisis Data penelitian ini meliputi: untuk hasil kuesioner tentang pelaksanaan program *patient safety* di RSU PKU Muhammadiyah, penelitian ini menggunakan statistik- deskriptif. Untuk hasil wawancara dan dokumentasi tentang pelaksanaan identifikasi, penelitian ini menggunakan analisis deskriptif kualitatif.

HASIL penelitian RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II merupakan salah satu rumah sakit yang keberadaanya langsung di bawah Pimpinan Pusat Muhammadiyah. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II yang beralamat di jalan Wates KM 5,5, Gamping Sleman, dengan no telepon (0274) 6499706, faximile (0274) 6499727 ini merupakan pengembangan dari RS PKU Muhammadiyah yang ada di kota Yogyakarta. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dibangun diatas tanah seluas 60.000 m² dengan luas bangunan seluas 16.735 m², dengan bangunan 4 lantai.

Penelitian ini dilakukan pada 2 ruang rawat inap dan IGD. Alasan pemilihan ruang tersebut karena sudah operasional sekitar 5 tahun, yaitu sejak berdirinya RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Pada masing-masing ruang tersebut telah terpasang pedoman cuci tangan WHO, tersedia handrub di tiap depan pintu kamar pasien. Tersedia *nurse station* dan ruang khusus konsultasi dokter yang sekaligus digunakan sebagai ruang penyimpanan obat pasien dan papan nama pasien, yang semuanya ditulis berdasarkan nomor kamar pasien. setiap ruangan juga telah dilengkapi dengan fasilitas cuci tangan air mengalir dan handuk pribadi. Firdaus adalah unit kebidanan, penyakit kandungan dan anak, dengan jumlah petugas 16 orang ,yang terdiri dari 1 orang S.Kep.,NS, 6 D3 Perawat, 8 orang D3 Bidan dan 1 orang D4 Bidan . Kapasitas tempat tidur pada ruang Firdaus adalah 26 tempat tidur. Ruang Na'im adalah ruang rawat inap umum, namun mayoritas pasiennya adalah pasien bedah. Petugas ruang Na'im terdiri dari 17 orang perawat , dengan kapasitas tempat tidur 31 tempat tidur.Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan Petugas sebanyak 18 perawat. Pada ketiga ruang tersebut tidak ditemukan adanya dokumen yang berhubungan dengan program *patien safety*, selain itu pelaksanaan identifikasi masih menggunakan nama dan nomor kamar pasien. Gelang identitas belum berfungsi sama sekali.

Gambaran kondisi awal (pretest) penelitian. Data kuantitatif dalam penelitian ini meliputi hasil kuesioner terhadap pasien dan hasil pengamatan terhadap petugas. Hasil kuesioner terhadap pasien berdasarkan hasil rekap kuesioner yang dilakukan pada bulan Oktober 2014 terhadap 60 pasien rawat inap (ruang Firdaus dan Ruang Na'im) dapat di lihat sebagai berikut :

Tabel 1, Hasil Pelaksanaan Identifikasi

Kriteria	Ya N	%	Tidak N	%
Pasien dipakaikan gelang identitas setelah mendapat pelayanan di IDG/ poliklinik	37	61,7	23	38,3
Gelang identitas sesuai dengan identitas pasien	32	86,5	5	13,5
Apakah pasien/keluarga mengerti tujuan penggunaan gelang identitas	14	23,3	46	76,4
Apakah petugas menjelaskan fungsi/tujuan penggunaan gelang identitas	0	0	60	100
Apakah pasien diidentifikasi dengan menggunakan minimal dua identitas pasien (nama dan umur/tanggal lahir/alamat) ?	2	3,3	58	96,7
Apakah pasien ditanya nama dan umur/tanggal lahir/alamat sebelum pemberian obat, darah atau produk darah (minimal 2 identitas) ?	2	3,3	58	96,7
Apakah pasien ditanya nama dan umur/tanggal lahir/alamat sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk uji klinis (minimal 2 identitas) ?	7	11,7	53	88,3
Apakah pasien ditanya nama dan umur/tanggal lahir/alamat sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur (minimal 2 identitas) ?	2	3,3	58	96,7

Tabel diatas dapat di lihat bahwa pasien rawat inap yang tidak dipakaikan gelang identitas masih 38,4 %, dari pasien yang memakai gelang identitas, 13,5% masih belum sesuai dengan identitas pasien. 100% pasien merasa tidak mendapat edukasi tentang manfaat penggunaan gelang identitas. 96,7% pasien merasa tidak dilakukan identifikasi dengan menggunakan minimal dua identitas pasien (nama dan umur/tanggal lahir/alamat) sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.

Hasil pengamatan petugas. Pengamatan terhadap 30 orang petugas pada bulan Oktober 2014, diketahui bahwa 100% petugas belum memberikan edukasi ke pasien terkait manfaat gelang identitas pasien. 100% petugas juga belum selalu menanyakan identitas sebelum memberikan obat, tindakan, darah/produk darah, mengambil sample.

Data kualitatif. Telusur pasien dilakukan terhadap 60 pasien rawat inap dengan memberikan pertanyaan tertutup yang dilakukan pada bulan Oktober 2014. dengan hasil bahwa edukasi tentang manfaat pemasangan gelang identitas masih tak tercapai, karena pasien merasa tidak pernah mendapatkan penjelasan tentang manfaat gelang identitas pasien, bahkan sepengetahuan pasien gelang identitas diberikan sebagai penanda pasien rawat inap sehingga apabila pasien melarikan diri ketahuan petugas. Sedangkan identifikasi yang dilakukan petugas baru tercapai sebagian. Hal ini didukung dengan hasil pengamatan petugas sebanyak 30 orang dengan hasil yang sama.

Dalam pengamatan petugas peneliti juga menemukan bahwa identifikasi yang dilakukan petugas masih belum sesuai format *JCI*, yaitu: 1) Pada saat petugas akan memberikan obat ke pasien identifikasi yang dilakukan yaitu pada plastik bungkus obat oral tertulis nama dan nomor kamar pasien, sedangkan untuk injeksi pada spuit juga tertulis nama dan nomor kamar pasien. 2) Identifikasi yang dilakukan petugas sebelum memberikan obat, darah atau produk darah, pengambilan specimen dan tindakan, hanya mengkonfirmasi nama saja dengan pertanyaan tertutup dengan jawaban ya atau bukan (“ Ini Bu Jinem ya ?”), tanpa mengkonfirmasi secara visual gelang identitas maupun mengkonfirmasi verbal tanggal lahir/ alamat atau nomor rekam medik.

Hasil pengamatan lingkungan sebagai berikut : 1) Tersedia gelang untuk pemasangan stiker barcode di ruang Firdaus dan Na'im. 2) Ada beberapa pengambilan sampel tidak diberi label identitas pasien, 3) Penggunaan gelang identitas pada bayi baru lahir yang belum terstandar .

Hasil telusur dokumen pada *pretest* belum ditemukan adanya dokumen yang berkaitan dengan identifikasi pasien .RS PKU Muhammadiyah masih dalam proses melengkapi dokumen akreditasi, sehingga dokumen tersebut masih dalam proses pembuatan.

Hasil FGD yang di laksanakan pada tanggal 17 Desember 2014 di ruang Komite medik RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, dengan 7 topik diskusi meliputi : pengertian identifikasi pasien, sosialisasi tentang Identifikasi Pasien, KTD salah pasien, fungsi gelang identitas, pelaksanaan identifikasi pasien saat ini, pemanfaatan gelang identitas pasien yang belum optimal, hambatan pemberian

edukasi tentang manfaat penggunaan gelang identitas pasien. Hasilnya sebagai berikut:

Tabel 2, hasil FGD

Peserta	Topik 1	Topik 2	Topik 3	Topik 4	Topik 5	Topik 6	Topik 7
1		Sosialisasi tidak jelas		Untuk cek sebelum menyuntik		Pasien sulit komunikasi	
2		Sosialisasi saat apel tidak bisa ke semua karyawan yang ikut itu-itu saja	Pernah keliru karena nama hampir sama	Sebagai identitas pasien	Dengan memastikan identitas pasien	Tulisan dalam gelang terhapus	
3	Gelang pasien harus benar		Hampir terjadi karena identitas dalam format laborat berbeda dengan identitas pasien	Mengecek saat akan melakukan tindakan			Petugas belum tahu tujuan penggunaan gelang identitas
4		Sosialisasi tidak jelas		Untuk komunikasi dengan pasien	Memastikan identitas pasien sebelum tindakan		
5			Pernah terjadi karena nama hampir		Dengan menanyakan nama dan mengecek	Identitas dalam gelang barkode	

		sama	nomor kamar pasien	tidak sesuai	
6		Saat pembekalan karyawan baru, apel pagi karyawan	Identifikasi sebelum memberikan obat	Kebiasaan, tindakan yang dilakukan tidak berbahaya	
7		Sosialisasi hanya sebatas poin-poin saja sehingga kurang jelas	Indentifikasi waktu mau operasi	Belum ada SPO yang mengatur	
8	Identitas diri pasien dan identitas klinis	Ada sosialisasi tapi kemasan kurang branding	Identifikasi waktu mau pasang infus	Merasa kurang tanggung Jawab	
9	Alat komunikasi petugas dengan pasien		Mencocokkan nomor kamar pasien	Kartu pengantar laborat tidak sampai laborat	
10			Untuk berkomunikasi dengan pasien	Memakai nama dan nomor kamar pasien	Gelang barkode sering dititipkan petugas rawat inap
11			Identifikasi pasien resiko jatuh, Sebagai identitas pasien		Beban kerja tinggi sehingga tidak sempat
12			Sebagai		Tidak ada

penanda
pasien rawat
inap

SPO yang
mengatur

Gambaran intervensi. Intervensi sosialisasi *patient safety*. 1) dalam penelitian ini dilakukan Intervensi sosialisasi *patient safety*, dengan pertemuan khusus yang lebih menekankan pada sosialisasi kebijakan dan SPO 6 sasaran *patient safety* serta insiden keselamatan pasien. Sosialisasi dilaksanakan pada tanggal 30 Januari 2015 di aula skillab RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, mulai jam 08.00-12.30. Peserta yang hadir dalam sosialisasi adalah perwakilan dari semua unit pelayanan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Dengan pemateri : Arif Riyanto, S.Kep.,NS. dengan materi kebijakan dan prosedur, 6 sasaran *patient safety*. Dr. Ekorini Setyowati, MMR. dengan materi insiden keselamatan pasien. 2) pemasangan poster identifikasi pasien di seluruh ruang rawat inap, IGD dan laboratorium. 3) Ronde *patient safety*.

Gambaran posttest. Data penelitian kuantitatif: 1) Hasil rekap kuesioner yang dilakukan pada bulan Februari 2015 terhadap 60 pasien rawat inap (ruang Firdaus dan Ruang Na'im) dapat dilihat sebagai berikut:

1) Tabel 3, Hasil Kuesioner Identifikasi

Kriteria	Ya		Tidak	
	N	%	N	%
Pasien dipakaikan gelang identitas setelah mendapat pelayanan di IDG/ poliklinik	47	78,3	13	21,6
Gelang identitas sesuai dengan identitas pasien	38	80,9	9	19,1
Apakah pasien/keluarga mengerti tujuan penggunaan gelang identitas	16	26,7	44	73,3
Apakah petugas menjelaskan fungsi/tujuan penggunaan gelang identitas	0	0	60	100
Apakah pasien diidentifikasi dengan menggunakan minimal dua identitas pasien (nama dan umur/tanggal lahir/alamat) ?	9	15	51	85
Apakah pasien ditanya nama dan umur/tanggal lahir/alamat sebelum pemberian obat, darah atau produk darah (minimal 2 identitas) ?	9	15	51	85
Apakah pasien ditanya nama dan umur/tanggal lahir/alamat sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk uji klinis (minimal 2 identitas)?	15	25	45	75
Apakah pasien ditanya nama dan umur/tanggal	11	18,3	49	81,7

lahir/alamat sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur (minimal 2 identitas) ?

Tabel di atas dapat dilihat bahwa pasien yang dilakukan rawat inap pada posttest 78 % yang menggunakan gelang identitas, sedangkan dari data pasien yang menggunakan gelang identitas, dimana data dalam gelang identitas yang sesuai dengan identitas pasien pada data posttest 80,1%. Adapun untuk edukasi manfaat gelang identitas oleh petugas baik pretest maupun posttest 0 %.

Hasil observasi petugas. Pengamatan petugas dalam penelitian ini mengambil sampel dengan jumlah 30 orang yang dilakukan pada bulan Februari 2015, dengan rincian sebagai berikut : 10 orang petugas Ruang Firdaus, 10 orang petugas Ruang Na'im, 6 orang petugas Ruang UGD, 4 orang petugas Ruang laboratorium. Pengamatan posttest bahwa petugas masih 100% belum memberikan edukasi manfaat pemasangan gelang identitas kepada pasien. Sedangkan identifikasi yang dilakukan petugas selalu menanyakan identitas sebelum memberikan obat, tindakan, darah/produk darah, mengambil sample, data posttest 80 % belum melakukan identifikasi pasien.

Data kualitatif: kuesioner terhadap 60 pasien dan pengamatan terhadap 30 petugas dilakukan pada bulan Februari 2015. Kejadiannya masih sama seperti kondisi pretest, yang mana edukasi tentang manfaat pemasangan gelang identitas masih tak tercapai, karena pasien merasa tidak pernah mendapatkan penjelasan tentang manfaat gelang identitas pasien, bahkan setahu pasien gelang identitas diberikan sebagai penanda pasien rawat inap sehingga apabila pasien melarikan diri ketahuan petugas. Sedangkan pelaksanaan identifikasi yang dilakukan petugas baru tercapai sebagian.

Pengamatan posttest peneliti juga masih menemukan bahwa identifikasi yang dilakukan petugas masih belum sesuai dengan SPO. Dengan hasil pengamatan sebagai berikut : pada saat petugas akan memberikan obat ke pasien identifikasi yang dilakukan yaitu pada plastik bungkus obat oral maupun spuit untuk injeksi sudah tertulis nama dan tanggal lahir pasien sesuai di dalam rekam medis namun tanpa mengkonfirmasi secara visual gelang identitas maupun mengkonfirmasi verbal tanggal lahir/ alamat atau nomor rekam medik.

Hasil pengamatan Lingkungan. Pengamatan dilakukan terhadap Ruang IGD dan 2 ruang rawat inap yaitu, Firdaus dan Ruang Na'im. Pengamatan dilakukan pada bulan Februari 2015 selama 4 minggu. Hasil pengamatan sebagai berikut : 1) Rawat inap, IGD dan Laboratorium terpasang poster identifikasi pasien. 2) Tersedia gelang untuk pemasangan stiker barcode di ruang Firdaus dan Na'im. 3) Tersedia stiker barcode untuk identitas pasien dari ruang pendaftaran kemudian di kirim ke UGD/ Ruang Firdaus dan Na'im. 4) Selama pengamatan peneliti juga belum menemukan penggunaan gelas identitas pasien resiko jatuh dan gelang alergi. Padahal kondisi pasien menunjukkan adanya resiko jatuh (pasien stroke dan pasien dengan cedera kepala dengan gangguan kesadaran).

Hasil telusur dokumen. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan pada Ruang Firdaus dan Ruang Na'im pada bulan Februari 2015, semua dokumen yang berkaitan dengan *patient safety* telah lengkap.

Wawancara dilakukan dengan manager sebagai narasumber 1 Direktur Pendidikan dan Penelitian dr Ekorini S, MMR,. dan sebagai narasumber 2 Manajer Keperawatan, Arif Riyanto S,Kep., NS, dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 4, Hasil Wawancara

Kata kunci	Narasumber 1	Narasumber 2
Pelaksanaan <i>patient safety</i> khususnya identifikasi pasien	Pelaksanaan memang belum baik, pengaruhnya sosialisasi yang telah dilakukan memang belum begitu tampak .	Pelaksanaan identifikasi pasien memang belum seperti yang diharapkan, banyak yang belum melakukan dengan benar, mungkin malah semua belum benar
Sosialisasi <i>patient safety</i>	Sosialisasi sudah banyak dilakukan, diantaranya melalui pembekalan karyawan baru, lewat apel pagi, ronde <i>patient safety</i> , dan pertemuan khusus.	Sosialisasi memang sudah banyak dilakukan. Misalnya saja melalui apel pagi karyawan yang dilaksanakan setiap hari. Walaupun materi apel bukan selalu diisi tentang <i>patient safety</i> Dokumen tentang <i>patient safety</i> juga sudah lengkap diruangan.
Faktor yang mempengaruhi	Karyawan sudah merasa bisa dan biasa melakukan, sehingga menjadi kebiasaan. Untuk itu	Hal ini terjadi karena memang tindak lanjut dari program tersebut yang kurang, mengingat supervisor

Pelaksanaan program <i>patient safety</i>	perlu diingatkan berkali-kali untuk merubah kebiasaan lama menjadi kebiasaan baru yang mendukung	masih disibukkan dengan kegiatan pelayanan sehingga fungsi managerial belum terlaksana dengan baik “
---	--	--

PEMBAHASAN

Penggunaan gelang identitas pasien. Hasil telusur pasien menunjukkan pada saat *pretest* Tabel 1 didapatkan 61,6% pasien menggunakan gelang identitas, kejadian ini meningkat menjadi 78% pada saat *posttest*.. Dari jumlah pasien yang menggunakan gelang identitas tersebut pada *pretest* terdapat 86,5% identitas dalam gelang sesuai dengan identitas pasien, namun kejadian mengalami penurunan pada saat *posttest* menjadi 80,1%. Selama pengamatan peneliti juga belum menemukan penggunaan gelang identitas pasien resiko jatuh/alergi. Padahal kondisi pasien menunjukkan adanya resiko jatuh (pasien stroke dan pasien dengan cedera kepala dengan gangguan kesadaran).



Gambar 4.1 Pasien Tidak Menggunakan Gelang Identitas



Gambar 4.2 Sampel Faeses Tidak Menggunakan Identitas Pasien

Berhubungan dengan kesesuaian data identitas pada gelang identitas pasien selama pengamatan peneliti juga adanya penggunaan gelang identitas pada bayi baru lahir yang penulisannya belum terstandar, sehingga tulisan yang ada pada gelang identitas masih berbeda beda pada satu bayi dengan bayi lain, serta tidak sesuai dengan SPO yang ada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, tentang penggunaan gelang identitas untuk bayi baru lahir. Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data digelang pengenalan berisikan jenis kelamin bayi, nama ibu, tanggal dan jam lahir bayi, nomor rekam medis bayi, dan modus kelahiran.²



Gambar 4.3 Gambar Pemakaian Gelang Identitas Bayi Baru Lahir

Dalam pengamatan ditemukannya pasien tidak menggunakan gelang identitas dan tidak ada penggunaan kode warna. Gelang yang hilang juga akan membatasi efektifitas identifikasi pasien. Penggunaan kode warna gelang identitas baik untuk alergi maupun resiko jatuh, padahal dengan pengkodean warna akan memfasilitasi pengenalan visual secara cepat dan spesifik.⁹

Ketidaksesuaian identitas dalam hal usia, jenis kelamin ini akan berdampak terhadap pengobatan. Sebagaimana penelitian James M. Wooten, PharmD bahwa setiap obat memiliki profil farmakokinetik tertentu berdasarkan parameter tertentu seperti usia, jenis kelamin, berat badan, indeks massa tubuh, fungsi hati, dan fungsi ginjal. Dosis yang tepat dapat dibentuk dan profil efek samping yang jelas dapat ditentukan.¹⁰

Hasil dari FGD tabel 2, diketahui bahwa hambatan dalam pemasangan gelang identitas karena belum adanya SPO yang mengatur siapa petugas yang bertanggung jawab untuk memasang gelang identitas pasien. Hasil observasi ingkungan pada *pretest* didapatkan persediaan gelang di ruang rawat inap dan IGD namun tidak ditemukan dokumen yang mendukung pelaksanaan identifikasi pasien.

Sebagaimana yang di sampaikan oleh Anggraeni et al disalah satu RS di Malang perlunya membuat alur pelaksanaan identifikasi pasien, yang dimulai dari pendaftaran pasien sampai rawat inap.¹¹ Penelitian lain yang mendukung adalah penelitian yang dilakukan oleh Saptono Raharjo bahwa ketidak lengkapan SPO dalam rumah sakit merupakan faktor yang berkontribusi secara langsung dalam kejadian adverse outcome.¹²

Pemberian edukasi tentang manfaat penggunaan gelang identitas kepada pasien. Hasil telusur pasien dan pengamatan petugas menunjukkan pada saat *pretest* tabel 1, maupun *posttest* tabel 3, didapatkan bahwa 100 % pasien tidak mendapatkan edukasi tentang manfaat penggunaan gelang identitas. Hal ini didukung dengan hasil

FGD tabel 2, petugas mengakui jika pemberian edukasi ke pasien belum dilaksanakan dikarenakan banyak petugas yang belum mengetahui manfaat penggunaan gelang identitas pasien dan beban kerja perawat terlalu tinggi.

WHO Collaborating Center for Patient Safety Solutions menerbitkan 9 Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit,⁹ dimana pada solusi yang ke dua adalah identifikasi pasien. Salah satu strategi yang ditawarkan adalah mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam semua tahapan proses perawatan di rumah sakit. Hal ini didukung oleh penelitian Anggraeni et al.,2014, prinsip pencegahan kesalahan yang dapat dilakukan meliputi : 1) Membuat kebijakan dalam rangka mengurangi kesalahan identifikasi. 2) Memberikan pelatihan dalam prosedur verifikasi melalui orientasi dan pendidikan berkelanjutan. 3) Melibatkan secara aktif pasien dan keluarga dengan cara memberikan edukasi tentang resiko.¹¹

Pelaksanaan identifikasi pasien, sebagaimana hasil telusur pasien yang dilakukan pada saat *pretest* tabel 1, menunjukkan bahwa 96,7% dan kejadian turun tabel 3, menjadi 85 % pada *posttest*, pasien merasa tidak dilakukan identifikasi dengan menggunakan minimal dua identitas pasien (nama dan umur/tanggal lahir/alamat) pada saat sebelum memberikan obat, tindakan, darah/produk darah, mengambil sample. Hal ini didukung dengan hasil observasi terhadap petugas yang mana pada saat *pretest* tabel 1, menunjukkan bahwa 100 % petugas belum melakukan identifikasi, kejadian turun tabel 3, menjadi 80%.pada *posttest*.

Hasil pengamatan bahwa petugas lebih menyukai penggunaan nama dan nomor kamar dalam proses identifikasi pasien. Demikian juga hasil FGD tabel 2, didapatkan pernyataan bahwa petugas lebih menyukai pelaksanaan identifikasi pasien dengan nama pasien dan nomor kamar pasien karena dianggap lebih praktis. Sedangkan identitas gelang pasien sering tak sesuai dengan identitas pasien (penulisan nama disingkat sehingga nama panggilan dan yang tertulis di gelang identitas tidak sesuai, jenis kelamin sering berbeda), tulisan dalam gelang identitas terhapus, gelang identitas tidak terpasang, perawat terlalu sibuk sehingga tidak sempat ngecek gelang identitas, susah menghafal identitas pasien secara lengkap, gangguan komunikasi/ pasien kurang kooperatif (stroke, koma, pendengaran kurang, pasien menolak ditanya berulang-ulang) dan biasanya tindakan yang dilakukan tidak menimbulkan resiko. Hasil pengamatan *pretest* bahwa dalam identifikasi petugas

lebih suka menuliskan nama dan nomor kamar pasien walaupun dalam *posttest* sudah ada perubahan dalam namun penulisan identitas pada spuit injeksi, namun pelaksanaan identifikasi masih belum melakukan konfirmasi yang sesuai SPO/format dalam *JCI*.



Gambar 4.4 identitas pada obat oral, spuit injeksi dan rencana tindakan pasien.

Hasil wawancara dengan pihak manager yaitu direktur pendidikan dan penelitian, dr Ekorini S, MMR. bahwa untuk merubah kebiasaan membutuhkan waktu yang lama dan petugas perlu diingatkan berkali-kali. Hal ini juga sesuai hasil wawancara dengan Manager Keperawatan bapak Arif Riyanto, S.Kep.,NS. bahwa hal ini disebabkan kurangnya evaluasi dari program yang telah disosialikan, karena supervisor belum kurang menjalankan tugas manager tetapi lebih disibukkan dengan tugas pelayanan.

Sesuai ketentuan akreditasi 2012, pelaksanaan identifikasi setidaknya memerlukan dua cara untuk mengidentifikasi pasien, seperti nama, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang berkode batang atau yang lain. Dalam hal ini nomor kamar pasien atau lokasi tidak digunakan.⁵

Sebagaimana *WHO Collaborating Center for Patient Safety Solutions* menerbitkan 9 Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit dimana pada solusi yang ke dua adalah identifikasi pasien. Strategi yang ditawarkan dalam identifikasi pasien tersebut adalah pastikan bahwa organisasi kesehatan memiliki sistem identifikasi pasien. Menekankan bahwa tanggung jawab utama perawat sebelum melakukan perawatan, pengobatan, pengambilan specimen atau pemeriksaan klinis harus memastikan identitas pasien secara benar. Mendorong penggunaan setidaknya 2 identitas dengan nama dan tanggal lahir.

Berdasar FGD dan wawancara kegagalan melakukan identifikasi secara benar karena terlalu sibuk, karena kebiasaan. Penelitian yang mendukung hal tersebut yaitu

terjadinya kesalahan medis adalah adanya pola dari kebiasaan-kebiasaan, kerja yang berlebih, stress dan kelelahan.¹³

Demikian pula kegagalan identifikasi dengan alasan karena identitas di dalam gelang identitas sering tidak sesuai dan masalah komunikasi dengan pasien, penelitian yang mendukung dilakukan oleh Anggraeni et al., 2014, ada 3 hal yang menyebabkan terjadinya kesalahan identifikasi yaitu : 1) Kesalahan dalam penulisan dan administrasi; Kesalahan dalam penulisan meliputi labeling dan kesalahan dalam pengisian data yang umumnya terjadi pada petugas registrasi. 2) Kesalahan dalam verifikasi; Kesalahan dalam hal verifikasi ini misalnya, prosedur verifikasi tidak ada dan prosedur verifikasi tidak dilaksanakan. 3) Masalah dalam komunikasi; Permasalahan yang terkait dengan hambatan komunikasi adalah hambatan bahasa dalam komunikasi, kondisi pasien serta kegagalan serah terima/alih tugas.

Kurangnya peran evaluasi, sesuai hasil wawancara, ini sesuai penelitian yang dilakukan oleh R.M. Wilson, 2013, bahwa pelatihan dan pengawasan staf klinis atau kegagalan mengikuti kebijakan atau protokol merupakan faktor yang paling berkontribusi dalam pelaksanaan *patient safety*.¹⁴ Penelitian lain yang mendukung dilakukan oleh Sanjaya bahwa faktor yang mempengaruhi tingginya kejadian dekubitus (indikator Pasien safety) adalah fungsi controlling yaitu supervisi dan monitoring, Sistem pencatatan dan Pelaporan, Audit Medis dan alur penyampaian informasi.¹⁵

FMEA (Failur Mode Effect Analysis). Berdasarkan hasil laporan Insiden Keselamatan Pasien kejadian yang tersering adalah *medication Error* dalam identifikasi pemberian obat.

KESIMPULAN

Dalam penelitian dapat disimpulkan : 1) Pelaksanaan program *patient safety* khususnya identifikasi pasien pada kondisi awal di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum dilakukan dengan baik , pemberian edukasi tentang manfaat penggunaan gelang identitas belum dilakukan oleh petugas. Dalam proses identifikasi petugas lebih suka menggunakan nama pasien dan nomor kamar pasien, klarifikasi baik secara verbal maupun visual belum dilakukan. Di dukung belum adanya dokumen (SPO) yang mengatur tentang identifikasi, dokumen masih dalam proses pembuatan. 2) Dalam penelitian ini dilakukan intervensi tentang *patient safety* yang

berupa sosialisasi kebijakan, SPO dan insiden keselamatan pasien, ronde *patient safety* serta pemasangan poster identifikasi pasien di ruang rawat inap, IGD dan Laboratorium. 3). Pengamatan dan kuesioner pasca intervensi, didapatkan adanya penurunan kejadian namun belum sesuai harapan. Walaupun semua dokumen yang berkaitan dengan identifikasi pasien telah lengkap, sosialisasi , ronde *patient safety* dan pemasangan poster identifikasi pasien telah dilakukan.

Saran yang disampaikan peneliti, diantaranya : 1) Untuk pengelola RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Dukungan pihak manajemen terutama dalam pemenuhan SDM , diantaranya banyak petugas manager yang belum melaksanakan tugas managerial terutama peran supervisi tetapi lebih disibukkan dengan tugas fungsional. 2) Petugas diklat RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Mengingat pihak diklat masih akan merencanakan program sosialisasi *patient safety* lagi, alangkah lebih baik jika bagian diklat merancang jenis pelatihan *patient safety* yang dapat melibatkan peserta secara aktif. 3) Untuk petugas pelaksana RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Partisipasi petugas pelaksana juga sangat dibutuhkan. Merubah kebiasaan yang kurang mendukung program *patient safety* harus segera di mulai, tidak perlu menunggu terjadinya insiden yang tentunya tidak diharapkan bersama. 4) Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta, oleh karena RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II sebagai lahan praktik, dan sebagian besar karyawannya alumni Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta, sebaiknya *patient safety* di masukkan dalam kurikulum pendidikan, sehingga antara rumah sakit dan pendidikan saling melengkapi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nasution CR. Kemenkes Target Tujuh RS Capai Akreditasi JCI. Workshop Bimbingan Teknis Akreditasi Rumah Sakit dengan Standar Internasional; 2012 Mar 5; Jakarta.
2. Menkes. Program Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Nosokomial Merupakan Unsur Patient Safety. 2011 Nov 7; Jakarta.
3. Menkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1961. 2011.
4. Anna LK. Ribuan Kesalahan Operasi Medis Masih Terjadi. Health Kompas.com. 2012 Desember;

5. JCI. Joint Commission International Standar Akreditasi Rumah Sakit. 4th ed. USA: Gramedia; 2011.
6. Machfoedz I. Metodologi Penelitian. Fitramaya; 2005.
7. Sugiyono. Metode Penelitian Manajemen. Alfabeta; 2013.
8. Surat Keputusan Direktur RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, Tentang Identifikasi Pasien. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II; 2014.
9. World Health Organization W, Joint Commission International, The Joint Commission. Patient Safety Solutions. WHO; 2007.
10. Wooten JM. Pharmacotherapy Considerations in Elderly Adults. South Med J. 2012;8:437–45.
11. Anggraeni D, Hakim L, Widjiati C. Evluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit. 2014;28:97–102.
12. Raharjo S, Ayuningtyas D. Anaisi Faktor Kontribusi Resiko Klinis Terjadinya Adverse Outcome di IGD RS X Tahun 2006. Fakultas Kesehatan Masyarakat UI. 2006;
13. Flota D, Bianco A, Pileggi C, Pavia M. Patient safety and medical errors : knowledge, attitude and Behavior Among Italian Hospital Phisians. International J Quality Health Care. 2012 Jan;24.
14. Wilson, Michel, Olsen, Gebberd, Vincent. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. BMJ. 2013 Mar;1–14.
15. Sanjaya IDGW, Suarjana K dr. Faktor-Faktor Managerial Yang Melatar Belakang Tinginya Kejadian Jumlah Pasien Dekubitus (indikator Patien safety) Pada Pasien Rawat Inap RSU Puri Raharja 2012. IKM Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. 2012;